



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Gdańsku

LGD.410.016.03.2016  
P/16/088

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Gdańsku  
ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk  
T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05  
[lgd@nik.gov.pl](mailto:lgd@nik.gov.pl)

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/088 – Dostępność terapii przeciwbólowej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontroler	Henryk Świtoński, upoważnienie do kontroli nr LGD/69/2016 z dnia 31.08.2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., ul. Alojzego Piechowskiego 36, 83-400 Kościerzyna (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zarząd Spółki w składzie: Wiktor Hajdenrajch, Prezes Zarządu <sup>1</sup> (dowód: akta kontroli str. 2)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

W ocenie NIK<sup>2</sup>, zorganizowany w Szpitalu system monitorowania skuteczności leczenia bólu był nie w pełni skuteczny.

Opracowane procedury<sup>3</sup> dotyczyły identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów nieoperowanych oraz monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów w okresie okołoperacyjnym. W procedurach wskazano rolę personelu medycznego w zakresie edukacji pacjentów oraz prowadzenia terapii przeciwbólowej.

Nie we wszystkich jednak przypadkach wdrożone procedury postępowania z bólem były w pełni stosowane. W dokumentacji medycznej pacjentów z oddziałów: Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Urologii i Urologii Onkologicznej oraz Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (41,1 % z 95 objętych kontrolą) brak było zapisów świadczących o usystematyzowanym monitorowaniu bólu, potwierdzających regularne dokonywanie pomiarów stopnia natężenia bólu oraz skuteczności leczenia bólu, co było niezgodne z dyspozycją § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>4</sup>.

Wdrożone przez Zarząd Spółki mechanizmy nadzoru mające wyeliminować nieprawidłowości w obszarze leczenia bólu nie były skuteczne – przeprowadzone w Szpitalu w 2015 r. i 2016 r. audyty wewnętrzne zintegrowanego systemu zarządzania jakością, w zakresie jakości leczenia bólu, nie wykazały nieprawidłowości, a audyty Zespołu ds. leczenia bólu w Szpitalu nie wyeliminowały stwierdzonych, powtarzanych błędów.

<sup>1</sup> Zarząd Szpitala jednoosobowy.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna; jeżeli sformułowania oceny ogólnej wg proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą stosuje się ocenę opisową.

<sup>3</sup> Do opracowania takich procedur zobowiązywał § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.) – dalej: „rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm. Rozporządzenie to obowiązywało do 22 grudnia 2015 r. Od 23 grudnia 2015 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).



### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu.

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>5</sup> (dalej: „ustawa o prawach pacjenta”), udostępnił osobom hospitalizowanym w formie pisemnej oraz poprzez zamieszczenie na tablicach ogłoszeń Szpitala Kartę praw i obowiązków pacjenta oraz Prawa: Pacjenta z Zaburzeniami Psychicznymi, Chorego Psychiczenie lub Upośledzonego Umysłowo, Pacjenta Umierającego, a także Europejską Kartę Praw Dziecka. Przyjęci do Szpitala pacjenci składali oświadczenie o zapoznaniu się z prawami pacjenta w karcie Proces pielęgnowania<sup>6</sup>. Karta praw i obowiązków pacjenta nie informowała wprost o prawie do uśmierzania bólu – zawierała natomiast zapis, że pacjent ma prawo umierania w spokoju i godności. Natomiast w Prawie Pacjenta Umierającego zapisano prawo do zwalczania fizycznego bólu, co odpowiadało prawom określonym art. 20 ust. 1 oraz ust. 2 ustawy o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli, str. 5-14, 162-163)

W karcie Proces pielęgnowania odnotowywano fakt udzielenia ustnej informacji, pacjentowi przyjmowanemu do Szpitala, o sposobach dokonywania oceny bólu wykorzystując zakładki obrazujące graficznie skalę VAS/NRS<sup>7</sup>.

Pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym byli informowani ustnie o możliwościach leczenia przeciwbólowego, w tym o możliwościach znieczulenia do danego typu zabiegu, proponowanych rodzajach znieczulenia w przypadku wystąpienia bólu oraz o powikłaniach i możliwościach leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, a także o prawie zadawania pytań dotyczących proponowanego znieczulenia, co pacjent potwierdzał podpisem w ankiecie anesteziologicznej<sup>8</sup>.

Pacjenci nie byli informowani w formie pisemnej (ulotki, broszury) o sposobie monitorowania i leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli, str.154-157, 245)

Przy wypisie ze Szpitala, w zaleceniach lekarskich pacjentów informowano, w formie pisemnej, o dalszym zalecanym postępowaniu, w tym o sposobach uśmierzania bólu. Pacjent pozostawał pod opieką przychodni specjalistycznej Szpitala lub lekarza rodzinnego.

W objętych badaniami 185 historiach choroby utworzonych w 2015 r. nie stwierdzono skierowań do Poradni Leczenia Bólu.

(dowód: akta kontroli str. 101-102, 110, 115-116, 123-124, 141-142, 149)

1.2. W okresie 2015-2016 (do 31 sierpnia) do Szpitala nie wpłynęły skargi pacjentów leczonych w Szpitalu, dotyczące leczenia i uśmierzania bólu.

(Dowód: akta kontroli str. 6, 24-25)

<sup>5</sup> Dz. U. z 2016 r, poz. 186, ze zm.

<sup>6</sup> QI-M-01/D-005f.

<sup>7</sup> Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale) jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale).

<sup>8</sup> Zgodnie z Instrukcją prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w Szpitalu (QI-M-01), informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie jego leczenia i monitorowania, wykonuje osoba przeprowadzająca badania, a obserwacje wg dodatkowych procedur, w tym w procesie pielęgnowania – lekarz i pielęgniarka.



Opis stanu  
faktycznego

## 2. Organizacja procesu leczenia bólu

2.1. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedury:

- postępowania w bólu nie związanym z zabiegiem operacyjnym u pacjentów hospitalizowanych<sup>9</sup> (obowiązywała od 22.03.2015 r.);
- postępowania z bólem w okresie okołoperacyjnym u pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie<sup>10</sup> (obowiązywała od 18.09.2012 r.),

zgodnie z wymogiem § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (przepis ten obowiązuje od dnia 1 stycznia 2015 r.).

W ww. procedurach opisano m.in.: cel i przedmiot procedury, zakres stosowania, obowiązek informowania pacjenta o możliwościach występowania bólu, sposób jego mierzenia, postępowanie pielęgniarek i lekarzy, osoby odpowiedzialne za ich stosowanie, kontrolę przebiegu procedury, a także wskazano na wymóg odnotowywania tych informacji w indywidualnej dokumentacji pacjenta. Do Procedury postępowania z bólem w okresie okołoperacyjnym dołączono wzór Karty postępowania w bólu okołoperacyjnym<sup>11</sup>, w której wymagane były zapisy dotyczące m.in. danych personalnych pacjenta, daty zabiegu, rodzaju znieczulenia, kategoryzacji oraz zaleceń dotyczących przypisanych leków przeciwbólowych i postępowania (nazwa leku, dawka, godziny podania, czas pomiaru natężenia bólu w skali VAS/NRS), a także objawy niepożądane. Na Karcie wymagana była autoryzacja (podpis i pieczętka) zlecającego postępowanie oraz je realizującego.

Procedury wdrożono poprzez zapoznanie personelu na poszczególnych oddziałach Szpitala, dokumentowane Kartą wdrożenia.

(dowód: akta kontroli, str.33-41)

2.2. Wdrożone procedury były m.in. podstawą ubiegania się o certyfikat „Szpital bez bólu”, który Szpital otrzymał 24.06.2014 r., z ważnością na okres kolejnych trzech lat. Certyfikat był potwierdzeniem spełnienia przez Szpital kryteriów wymaganych przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu (dalej: „PTBB”) oraz wprowadzenia najwyższych standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego.

(dowód: akta kontroli, str.26-28, 33-38)

2.3. Pomiary natężenia bólu pacjentów przyjmowanych do Szpitala zapisywano w karcie Proces pielęgnowania, wskazując na ich umiejscowienie oraz nasilenie w skali VAS/NRS. Pomiary natężenia bólu w skali VAS rutynowo wykonywano rano i wieczorem, co zapisywano w Karcie gorączkowej. Dla pacjentów operowanych była dodatkowo zakładana Karta postępowania w bólu okołoperacyjnym, w której przez dwie doby zapisywano pomiary natężenia bólu wykonywane wg wskazań lekarza anestezjologa, co najmniej cztery razy na dobę.

2.4. Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego zbadano na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala. Przeprowadzono kontrolę 95<sup>12</sup> historii choroby pacjentów operowanych na oddziałach zabiegowych: Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (42 historie choroby), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (30), Urologii i Urologii Onkologicznej (23) oraz 90 historii choroby na oddziałach: Reumatologii (60) oraz Neurologii (30). Na podstawie zapisów w historiach choroby stwierdzono, że w:

<sup>9</sup> Procedura Systemu Zarządzania Jakością QP-M-07, dalej: „Postępowanie w bólu”.

<sup>10</sup> Procedura Systemu Zarządzania Jakością QP-M-11, dalej: „Procedura”.

<sup>11</sup> Instrukcja prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w szpitalu (QP-M-01/D-045).

<sup>12</sup> W 2015 r. Szpital przyjął 19.700 pacjentów, w tym operowano 5.256.



- 179 przypadkach (96,8% kontrolowanych) wpisano w Karcie Proces pielęgnowania<sup>13</sup> natężenie bólu w skali VAS/NRS u pacjentów przyjmowanych do Szpitala, tj. operowanych i nieoperowanych,
- 90 kontrolowanych historii choroby pacjentów nieoperowanych (100%) natężenie bólu odnotowywano w Karcie gorączkowej,
- 95 przypadkach (100% kontrolowanych historii choroby pacjentów operowanych) lekarz anestezjolog przeprowadzał z pacjentem wywiad, informując go o możliwości leczenia bólu,
- 86 przypadkach (90,5%) lekarz anestezjolog założył Kartę postępowania w bólu okołoperacyjnym, w której zapisał lek przeciwbólowy, dawkę leku, drogę podania leku, godzinę i autoryzował zalecenia,
- 84 przypadkach (88,4%) pielęgniarka prawidłowo autoryzowała wykonywanie zaleceń lekarza anestezjologa,
- 73 przypadkach (76,8%) wykonano komplet zaleconych przez lekarza anestezjologa pomiarów bólu i odnotowano w Karcie.

(dowód: akta kontroli, str.100, 109, 114, 121, 140, 154-156, 162)

2.5. Dyrektor Szpitala 21 października 2014 r. powołał Zespół ds. leczenia bólu w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie<sup>14</sup> (dalej: „Zespół ds. bólu”), w skład którego weszło: dwóch lekarzy anestezjologów Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej oraz trzy pielęgniarki, w tym jedna anesteziologiczna. Do zadań Zespołu ds. bólu należało m.in. nadzorowanie i koordynowanie realizacji programu „Szpital bez bólu”, monitorowanie problematyki związanej z farmakoterapią leczenia bólu oraz zgłoszonych niepożądanych działań leków przeciwbólowych, analizowanie przypadków i możliwości wystąpienia interakcji leków, konsultowanie z lekarzami i pielęgniarkami spraw związanych z leczeniem i monitorowaniem bólu, ocena stosowanej terapii przeciwbólowej, ocena dokumentacji dotyczącej leczenia i monitorowania bólu, przeprowadzanie przynajmniej raz w roku wewnątrzszpitalowego szkolenia na temat leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli, str.15-22)

2.6. W Szpitalu nie opracowano i nie wdrożono schematów leczenia bólu dla poszczególnych kategorii schorzeń.

Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że w Szpitalu wykorzystuje się schematy według aktualnych zaleceń PTBB.

(dowód: akta kontroli, str.5)

2.7. Pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu, w przypadkach tego wymagających, zapewniono dostęp do pomocy psychologicznej udzielanej przez zatrudnionych w nim psychologów w ramach konsultacji psychologicznych i terapii. W skontrolowanych historiach choroby odnotowano dwóch pacjentów, z bólem przewlekłym, skierowanych na konsultacje psychologiczne. W 2016 r. w Szpitalu było zatrudnionych średnio 16 psychologów, a w 2016 r. (do 30 sierpnia) – 19, którzy byli dostępni dla pacjentów w zależności od potrzeb.

(dowód: akta kontroli, str.6, 246)

2.8. W Szpitalu wdrożono system kontroli jakości leczenia bólu, m.in poprzez bieżące monitorowanie i analizowanie skuteczności podawanych pacjentom leków oraz ocenę dokumentacji dotyczącej leczenia i monitorowania bólu, wykonywaną przez Zespół ds. bólu. Oceny historii choroby z oddziałów zabiegowych dokonano 30.06.2015 r. oraz 8.06. i 26.07.2016 r. Kontrola 28 historii choroby wykazała nieprawidłowości dotyczące m.in. braku informacji

<sup>13</sup>QI-M-01/D-005.

<sup>14</sup> Zarządzenie Prezesa Zarządu Szpitala nr 57/2014 z dnia 21 października 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Leczenia Bólu w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o.o.



o wykonanych zaleceniach (8), niespójność informacji o wykonanych zaleceniach (1), brak autoryzacji leczenia (3), brak monitorowania skali VAS/NRS (7), brak zakończenia leczenia (7).

Po przeprowadzonych kontrolach Zespół ds. bólu przeprowadził wewnętrzne szkolenia m.in. na temat prawidłowego wypełniania Kart postępowania w bólu okołoperacyjnym.

(dowód: akta kontroli, str.15-22)

Prezes Zarządu powołał w 2014 r.<sup>15</sup> 33 a w 2015 r.<sup>16</sup> 27 pracowników Szpitala na audytorów celem przeprowadzenia audytów wewnętrznych zintegrowanego systemu zarządzania jakością (dalej: „audyty”). W 2015 r. w oddziałach Szpitala przeprowadzono 37, a w 2016 r. (do 30.08.) – 22 audyty, w terminach zgodnych z rocznymi harmonogramami. Do przeprowadzania audytów wyznaczono osoby uczestniczące w organizowanych przez Szpital szkoleniach mających na celu podniesienie kwalifikacji audytorów. Badaniami kontrolnymi objęto m.in. świadczenie usług medycznych, w tym dokumentację medyczną. Żaden z audytów nie był ukierunkowany ściśle na ocenę jakości leczenia bólu. W 12 przeprowadzonych audytach kontrolowano proces oceny bólu u pacjentów kontrolowanego oddziału, oceniając: kto i kiedy określa natężenie bólu oraz umiejętność odszukania procedury związanej z bólem przewlekłym lub okołoperacyjnym. W wyniku badań audytowych, przeprowadzonych na oddziałach: Hospicjum Stacjonarne, Położniczo-Ginekologiczny z Poradnią Ginekologiczno-Położniczą, Reumatologii, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Poradnią Ortopedyczną, Reumatologii, Chorób Wewnętrznych z Pracownią Diagnostyki Endoskopowej oraz Poradnią Gastroenterologiczną, Kardiologii, Poradni Kardiologii Inwazyjnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Dzierżążno, nie stwierdzono nieprawidłowości, a w raportach sporządzanych przez audytorów nie było zaleceń, ani wniosków dotyczących leczenia bólu. Audytów w zakresie prawidłowości realizacji procedur leczenia bólu nie wykonywano na oddziałach: Urologii i Urologii Onkologicznej, Chirurgii Ogólnej oraz Neurologii, gdzie kontrola NIK stwierdziła nieprawidłowości.

Prezes Zarządu, wyjaśniając brak wniosków dotyczących leczenia bólu podczas przeprowadzonych audytów oraz niewykonanie audytów na wszystkich oddziałach Szpitala, stwierdził, że audyty zakładały sprawdzenie funkcjonowania standardów norm ISO w Szpitalu na ograniczonej próbie. Zakres planowanego audytu był każdego roku modyfikowany i mógł, ale nie musiał, obejmować każdorazowo tematykę leczenia bólu

(dowód: akta kontroli, str.44-69, 90-99, 205 -231, 239)

Działające w strukturze organizacyjnej Szpitala Biuro Audytu i Kontroli Wewnętrznej nie kontrolowało w latach 2015-2016 funkcjonowania systemu leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli, str.70-71)

W ocenie NIK funkcjonujący w Szpitalu system kontroli jakości leczenia nie zapobiegł nieprawidłowościom stwierdzonym w niniejszej kontroli.

- 2.9. W strukturze Szpitala nie było poradni leczenia bólu. Spośród 185 pacjentów, których historie choroby objęto kontrolą, do poradni leczenia bólu nie skierowano żadnej osoby.

<sup>15</sup> Zarządzenie Prezesa Zarządu nr 47/2014 r. z dnia 16 września 2014 r. w sprawie przeprowadzania audytów wewnętrznych i audytu klinicznego w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o.o. w okresie od 01.10.2014-30.09.2015.

<sup>16</sup> Zarządzenie Prezesa Zarządu nr 48/2015 r. z dnia 1 września 2015 r. w sprawie przeprowadzania audytów wewnętrznych i audytu klinicznego w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o.o. w okresie od 01.10.2015-30.09.2016..



Dyrektor ds. Medycznych Szpitala wyjaśnił, że poradnia leczenia bólu w przeszłości działała. Została jednak zlikwidowana ze względu na stawki kontraktowe proponowane przez NFZ, które nie pokrywały kosztów jej funkcjonowania.

Pacjentom wypisywanym ze Szpitala wyznaczano termin wizyty kontrolnej w przychodni specjalistycznej Szpitala lub kierowano do lekarza medycyny rodzinnej celem dalszej opieki, w tym leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 6)

### 3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu.

3.1. W Szpitalu zatrudnionych było w 2015 r. 1.011 pracowników<sup>17</sup>, z których 890 osób to personel medyczny. Lekarzy było 161, a pielęgniarek 371 (w tym 10 lekarzy anestezjologów i 34 pielęgniarki anestezjologiczne). W 2016 r. zatrudnienie ogółem wynosiło 1.043 pracowników<sup>18</sup>, w tym personel medyczny to 920 pracowników. Lekarzy zatrudniano 163, a pielęgniarek 375 (w tym 13 lekarzy anestezjologów i 37 pielęgniarek anestezjologicznych).

(dowód: akta kontroli str. 29)

W Szpitalu opracowano Plany szkoleń pracowników, w których ujęto m.in. szkolenie „Szkoła bólu” oraz „Kurs: Leczenie bólu ostrego”. Zadania z zakresu szkoleń leczenia bólu organizował Zespół ds. bólu, realizując m.in. wytyczne wynikające z Certyfikatu „Szpital bez bólu”. Szkolenia prowadzono w zależności od potrzeb, w tym zgłoszeń przekazywanych przez ordynatorów oddziałów Szpitala.

Szkolenia zewnętrzne przeprowadzono w dniach:

- 29.09.2015 r. na temat: „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Badania Bólu w leczeniu bólu”, w którym uczestniczyło 12 lekarzy oddziałów zabiegowych Szpitala, na co dzień stykających się z bólem pooperacyjnym,
- 27.11.2015 r. na temat: „Leczenie bólu ostrego oraz pooperacyjnego”, w którym uczestniczyły łącznie 74 osoby tj. 14 lekarzy, 58 pielęgniarek (w tym wszystkie pielęgniarki oddziałowe) oraz 2 pracowników administracyjnych. Tematyka szkolenia dotyczyła m.in. zaleceń postępowania w bólu pooperacyjnym, sposobów walki z bólem, stopnia nasilenia bólu pooperacyjnego w zależności od rodzaju zabiegu, nowych leków przeciwbólowych i ich działań niepożądanych, analgezji multimodalnej, postępowania nefarmakologicznego w walce z bólem oraz wskazywała na rolę personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w tym zakresie.

Szkolenia wewnętrzne przeprowadzono w dniach:

- 27.05.2015 r.- uczestniczyło 16 pielęgniarek i 1 opiekun medyczny,
- 15.09.2015 r.- uczestniczyło 8 pielęgniarek.

Szkolenia dotyczyły „Procedury postępowania z bólem okołopooperacyjnym – Karta postępowania przeciwbólowego” i prowadzone były przez Przewodniczącą Zespołu ds. bólu – lekarza anestezjologa.

- 29.02.2016 r. przeprowadzono szkolenie nt. „Terapia przeciwbólowa w aspekcie hasła szpital bez bólu”, w którym uczestniczyło 10 lekarzy z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala. Na szkoleniu

<sup>17</sup> Zatrudnienie średnioroczne w zaokrągleniu do 1 pracownika.

<sup>18</sup> Zatrudnienie średnioroczne do 31.08.2016 r. w zaokrągleniu do 1 pracownika.

omawiano m.in. postępowanie lekarzy, korekty i uwagi w celu uproszczenia i ujednolicenia zaleceń medycznych w terapii przeciwbólowej.

Zakres tematyczny odbytych szkoleń był zgodny ze szkoleniami rekomendowanymi przez PTBB i Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W ocenie Przewodniczącej Zespołu ds. bólu ilość szkoleń była wystarczająca. Ponadto stwierdziła, że w latach 2014-2016 przeprowadzono około 25 nieudokumentowanych szkoleń personelu medycznego w oddziałach zabiegowych w zakresie leczenia bólu okołoperacyjnego. Przez cały okres utrzymywany był kontakt lekarzy Zespołu ds. bólu z personelem ww. oddziałów, dotyczący postępowania przeciwbólowego.

(dowód: akta kontroli, str.72-89)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Dokumentacja medyczna 40 pacjentów z oddziałów zabiegowych, tj. 41,1% poddanych badaniu, zawierała nieprawidłowości w zakresie dokumentowania postępowania dotyczącego mierzenia poziomu natężenia bólu i skuteczności jego leczenia. I tak w:

- 6 przypadkach<sup>19</sup> (6,3% kontrolowanych historii choroby oddziałów zabiegowych) przy przyjęciu pacjentów do Szpitala w karcie Proces pielęgnowania nie odnotowano natężenia bólu w skali VAS/NRS, a w jednym przypadku nie sporządzono takiej Karty.

(dowód: akta kontroli, str. 42-43, 109, 121, 140, 202-203)

- 11 przypadkach<sup>20</sup> (11,6%) pielęgniarka nie dokumentowała wykonania zaleceń lekarskich dotyczących podawania leków przeciwbólowych, wpisanych w Karcie postępowania w bólu okołoperacyjnym (dalej: „Karta”). Nie wprowadzono również zapisów o przyczynach odstąpienia od podania leku.

(dowód: akta kontroli, str. 34, 100, 109, 140)

- 22 przypadkach<sup>21</sup> (23,2%) nie wykonano wszystkich pomiarów oceny bólu zalecanych w Karcie przez lekarza anestezjologa. Nie podano również przyczyny odstąpienia od dokonania pomiarów.

(dowód: akta kontroli, str. 34, 100, 109, 121, 114, 140)

Powyższe nieprawidłowości naruszały wymóg odpowiednio: § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>22</sup> oraz § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>23</sup>, zgodnie z którymi historia choroby powinna zawierać informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.

<sup>19</sup> Dotyczyło to historii choroby o numerach: 3069/15, 11551/15, 183/15, 3368/15, 2128/15 oraz 17608/15.

<sup>20</sup> Dotyczyło to historii choroby o numerach: 2934/15, 2990/15, 6047/15, 3227/15, 14488/15 (nie potwierdzono podpisem podanie 7 leków na 12 zleconych), 12726/15 (14 na 21), 1372/15 (2 na 7), 164/15 (8 na 16), 9452 (4 na 15), 10725/15 (3 na 11), 14578/15 (5 na 15).

<sup>21</sup> Dotyczyło to historii choroby o numerach: 2331/15 (nie wykonano 2 pomiarów na 6 zleconych), 3069/15 (odpowiednio 2 pomiarów na 8 zleconych), 14488/15 (1 na 8), 183/15 (3 na 9), 3368/15 (1 na 8), 13908/15 (3 na 7), 164/15 (1 na 10), 2047/15 (1 na 8), 6484/15 (2 na 4), 10725/15 (7 na 9), 12697/15 (1 na 8); 16047/15 (4 na 9), 1783/15 (6 na 9), 9741/15 (1 na 8) 2128/15 (3 na 7), 8763 (1 na 8), 11280 (2 na 5), 15871 (1 na 3); 16880/15 (3 na 9), 16245/15 (3 na 9), 7912/15 (1 na 5) 2342/15 (1 na 6), 13118 (2 na 7).

<sup>22</sup> Rozporządzenie obowiązywało do dnia 22 grudnia 2015 r.

<sup>23</sup> Rozporządzenie weszło w życie z dniem 23 grudnia 2015 r.



2. W 9 przypadkach<sup>24</sup> (9,5%) nie założono Karty, pomimo występowania bólu pooperacyjnego, który odnotowano w Karcie gorączkowej.  
Działanie to naruszało wymóg pkt. 4.3 Procedury, zgodnie z którym lekarz anestezjolog proponuje leczenie wypełniając Kartę.  
(dowód: akta kontroli, str. 34, 100, 109, 140)
3. W 9 przypadkach<sup>25</sup> (9,5%) w Karcie nie odnotowano występowania chorób towarzyszących (cukrzyca, nadciśnienie).  
Było to niezgodne pkt. 4.3 Procedury stanowiącym, że w Karcie określa się m.in. choroby towarzyszące.  
(dowód: akta kontroli, str. 34, 100, 109, 140)
4. W 1 przypadku<sup>26</sup> (1,1%) stwierdzono zalecenia lekarza prowadzącego zmieniające zapis anestezjologa, które nie zostały odnotowane w Karcie, lecz w indywidualnej Karcie zaleceń. Ponadto, w 1 przypadku<sup>27</sup> korekta zaleceń lekarza anestezjologa dotycząca godzin podawania leku nie była autoryzowana przez lekarza zmieniającego.  
Było to niezgodne z pkt. 5.1 Procedury stanowiącym, że każda modyfikacja zleconego środka przeciwbólowego zostaje odnotowana w Karcie i autoryzowana.  
(dowód: akta kontroli, str. 35, 100, 140)
5. We wszystkich 95 Kartach (100%) nie potwierdzono zakończenia postępowania z bólem okołoperacyjnym podpisem lekarza prowadzącego.  
Było to niezgodne z pkt. 5.2 Procedury stanowiącym, że zakończenie postępowania z bólem okołoperacyjnym zostaje odnotowane w Karcie i autoryzowane podpisem lekarza prowadzącego.  
(dowód: akta kontroli, str. 35, 100, 109, 140)
6. W 1 historii choroby<sup>28</sup> pacjenta operowanego oraz 10 pacjentów nieoperowanych<sup>29</sup>, stwierdzono przypadki skreśleń zapisów bez wskazania przyczyny poprawki osoby skreślającej oraz daty skreślenia.  
Postępowanie takie było niezgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania stanowiącego, że wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.  
(dowód: akta kontroli, str.38-41, 121, 124)

Z wyjaśnienia Dyrektora ds. Medycznych Szpitala wynika, że powstałe nieprawidłowości w większości dotyczyły personelu pielęgniarskiego i spowodowane były nieprzestrzeganiem obowiązujących procedur i przepisów.

(dowód: akta kontroli, str.232-238)

---

<sup>24</sup> Dotyczyło to historii choroby o numerach: 6121/15, 1578/15, 17608/15, 17338/15, 5453/15, 1145/15, 6245/15, 2595/15, 16888/15.

<sup>25</sup> Dotyczyło to historii choroby o numerach: 2331/15, 3196/15, 10357/15, 3368/15, 6484/15, 9452/15, 12697/15, 15749/15, 7874/15.

<sup>26</sup> Dotyczyło to historii choroby nr 17699/15.

<sup>27</sup> Dotyczyło to historii choroby nr 8326/15.

<sup>28</sup> Dotyczyło to historii choroby o nr 13908/15.

<sup>29</sup> Dotyczyło to historii choroby o numerach: 6773/15, 4688/15, 507/15, 6352/15, 4542/15, 5687/15, 9195/15, 13271/15, 7616/15, 11025/15, 16278/15.

Uwaga dotyczące badanej działalności

W ocenie NIK, powyższe nieprawidłowości świadczą o nierzetelnym realizowaniu przez personel medyczny postanowień obowiązujących w Szpitalu procedur oraz braku skutecznego nadzoru w tym zakresie ze strony kierownictwa Szpitala.

Edukacja pacjentów odczuwających ból przewlekły, w zakresie metod zwalczania bólu, prowadzona była na oddziałach Szpitala przez pielęgniarki oraz lekarzy jedynie w formie ustnej. Personel medyczny nie dysponował materiałami dla pacjentów (ulotki, broszury) informującymi m.in. o sposobie monitorowaniu bólu, oraz propozycjach skutecznej terapii.

W ocenie Dyrektora ds. Pielęgniarstwa przekaz ustny był wystarczający i w pełni zrozumiały dla pacjentów.

(dowód: akta kontroli, str.154-157, 245)

NIK zwraca uwagę, że zalecenia o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia opracował m.in. zespół ekspertów powołany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne. Dotyczą one postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgezja porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego. Natomiast Szpital, zawierając z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne, zobowiązał się do stosowania wytycznych, zaleceń i rekomendacji wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny..

## IV. Uwagi i wnioski

Wniosek pokontrolny

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>30</sup>, wnosi o

1. Zapewnienie przestrzegania przez personel Szpitala procedur wewnętrznych dotyczących identyfikacji i monitorowania skuteczności leczenia bólu.
2. Odnotowywanie w historii choroby pacjentów Szpitala informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku.

<sup>30</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.



Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, dnia 2 listopada 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Gdańsku

Kontroler



Henryk Świtoński  
doradca ekonomiczny

Z up. Dyrektor

p.o. WICEDYREKTORA DELEGATURY  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
w Gdańsku



Teresa Sawicka